Lane Medical Library

Zahnärztliche Fürsorge in den Kommunen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät der
Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von

Wolfgang Glückert

Zahnarzt aus Mannheim

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i.W.

1932

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan: Prof. Dr. Eymer. Referent: Prof. Dr. Blessing.

1932

Meiner lieben Mutter und dem
Andenken meines guten Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153506_0086

Die Gesundheit ist das wichtigste Gut des Menschen. Von jeher hat er den Willen zur Gesundheit in sich getragen. Es gilt, Krankheiten zu überwinden, oder noch besser, ihrer Entstehung vorzubeugen. Nur der wird sich im Kampf ums Dasein durchsetzen können, der über eine gute Gesundheit verfügt.

Dies gilt nicht nur für den Einzelmenschen, sondern auch für das Volksganze. Denn nur gesunde Menschen vermögen Leistungen zu vollbringen, die im Interesse der Allgemeinheit erforderlich sind. Aus dem Gemeinschaftsleben entspringen aber mancherlei gesundheiliche Gefahren. Daraus erwächst dem Staat die Aufgabe, Schutzmaßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit seiner Bevölkerung zu treffen, um sein Gedeihen zu gewährleisten. Der Staat muß dort eingreifen, wo der Einzelmensch nicht imstande ist, aus eigenen Mitteln und Kräften seine Gesundheit gegen die drohenden Gefahren mit Erfolg zu verteidigen oder nach einer Schädigung wieder herzustellen. Eine Unterstützung erfährt er dabei durch die freie Liebestätigkeit. Andererseits erwächst aus diesem Recht des Einzelnen auf Gesundheit und durch die vom Staat und caritativen Vereinen geschaffenen Einrichtungen auch die Pflicht zur Gesundheit, zur Unterstützung und Befolgung der getroffenen Maßnahmen.

Der Staat ist der Aufgabe, für die Gesundheit seiner Bevölkerung zu sorgen, durch Schaffung der Sozialversicherung nachgekommen. Die Betreuung der dabei nicht erfaßten Volksgenossen hat er den Gemeinden und der freien Liebestätigkeit überlassen.

Sehr lange hatte man die Bekämpfung der Zahnerkrankungen in Gesetzgebung und sozialen Einrichtungen vernachlässigt. Die Ursache hierfür liegt in der geringen Würdigung, die man diesem Problem entgegenbrachte. Früher sah man den Zahn als selbständiges Organ unabhängig vom Gesamtorganismus an.

Heute kennt man die innigen Zusammenhänge und Auswirkungen eines gesunden und kranken Zahnsystems auf den Gesamtorganismus. Es gibt eine Reihe von Krankheitsformen, die ihren Eingang durch geschädigte Zähne nehmen können (Aktinomykose, Tuberkulose, Phosphornekrose, Lues). Die Bakterien finden in den schlechten Zähnen und putriden Wurzeln, auch in verletzter Schleimhaut ausgezeichnete Brutstätten. Ferner nehmen oft Kiefereiterungen, Erkrankungen der zugehörigen Lymphgebiete, der Höhlen des Gesichtsschädels, der Nase und der Ohren ihren Ausgang vom Zahnsystem. Krankheiten der Niere, des Herzens und der Leber, selbst eitrige Meningitis können durch Infektion von der Mundhöhle aus hervorgerufen werden.

Gesunde Zähne sind für den Magen und die Gesundheit des ganzen Körpers unentbehrlich. Sie dienen der Zerkleinerung der Nahrung und ermöglichen so eine gute Durchspeichelung. Dies ist besonders wichtig bei den Kohlehydraten, da ihre Verdauung bereits in der Mundhöhle beginnt (Ptyalin). Auch ästhetische Gründe verlangen ein gutes Zahnsystem, und die einwandfreie Sprachbildung ist nur mit geschlossener Frontzahnreihe möglich.

Die Auswirkungen der Zahnkrankheiten auf wirtschaftlichem Gebiet sind recht beträchtlich. Geringere Ausnutzung der Nahrung bei schlechtem Gebiß, Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, die von Erkrankungen der Zähne selbst oder von der dadurch bedingten Schädigung anderer Organe hervorgerufen wird, verschlingen große Summen des Volksvermögens.

Mit der wachsenden Erkenntnis von der Bedeutung des gesunden und kranken Zahnsystems gewann die zahnärztliche Fürsorge in den Kommunen immer mehr an Boden. Ihre Aufgabe ist es, den sozial wichtigen Erkrankungen der Zähne und des Mundes und deren Auswirkungen vorzubeugen, oder sie zu beseitigen. Es sollen Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und zur Hebung der Volksgesundheit getroffen werden. Darunter fallen auf zahnärztlichem Gebiet Karies, Paradentose und dentale Herdinfektion. Wichtig sind diese Erkrankungen wegen ihrer weiten Verbreitung, ihrer Fernwirkung auf

andere Organe und der Begünstigung lebensbedrohender Krankheiten.

Gegenstand dieser Fürsorge in den Gemeinden sind alle auf Grund der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 Fürsorgeberechtigten. Zu den Verpflichtungen des Fürsorgeverbandes, der sich im allgemeinen mit dem Begriff der Gemeinde deckt, gehört die Armenpflege und die sog. gehobene Fürsorge. Diese erfaßt die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, die Sozial- und Kleinrentner, die hilfsbedürftigen Minderjährigen und die Wöchnerinnen. Dazu kommen noch die Wohlfahrtserwerbslosen.

Diese Massen haben Anspruch auf Krankenhilfe, also auch auf zahnärztliche Behandlung. Doch ist man immer mehr zu der Erkenntnis gekommen, daß man größeren Wert auf die Krankheitssverhütung legen muß. Man darf nicht gänzlich oder teilweise vermeidbare Störungen der Gesundheit erst entstehen und sich ausbilden lassen, um sie dann zu bekämpfen. Das wäre den Grundregeln der Hygiene und der Volkswirtschaftslehre entgegengesetzt.

Im folgenden soll betrachtet werden, wie die Kommunen für die ihrer Fürsorge anvertrauten Bevölkerungsschichten in den verschiedenen Lebensabschnitten hinsichtlich der Zahngesundheit sorgen.

Schon mit der Schwangerschaft- und Säuglingsfürsorge setzt auch die zahnärztliche Fürsorge ein. Denn der Mutter und dem Kind drohen von einem vernachlässigten Zahnsystem aus zahlreiche Gefahren. Bekanntlich trägt die Schwangerschaft zur Erhöhung der Kariesanfälligkeit der Zähne bei und begünstigt das Fortschreiten kariöser Prozesse. Weiterhin werden bei Schwangeren häufig pathologische Vorgänge an Mundschleimhaut und Zahnfleischtaschen beobachtet. Nicht beseitigte Zahnerkrankungen hindern die regelmäßige Ernährung und Verdauung. Sie bilden dadurch die Hauptursache von Verdauungsstörungen, Anämie, nervösen Zuständen und allgemeiner Schwäche. Diese wiederum können einen Abortus oder andere

selbst tötlich endende Zwischenfälle veranlassen. Aus den vielen Fällen, in denen Zahn- oder Mundkrankheiten solch ungünstige Wirkungen auf den Verlauf der Schwangerschaft ausübten, ergibt sich die unbedingte Forderung nach gründlicher Sanierung des Zahnsystems zu Beginn der Schwangerschaft.

Die Beseitigung der Gefahren für Mutter und Kind genügt nicht. Schon im Mutterleib beginnt der Aufbau der Zähne, deren gute Ausbildung und Entwicklung gewährleistet werden muß. Die Rachitisprophylaxe spielt dabei eine wichtige Rolle. Denn die Rachitis bedingt eine Verunstaltung der Kiefer, Verspätung und Unregelmäßgkeit des Zahndurchbruchs und Störungen der Zahn- bezw. Schmelzbildung, was eine erhöhte Kariesdisposition für das Leben bedeutet. Es ist gelungen, durch Zufuhr von Vitaminpräparaten eine gute Verkalkung der Zähne und somit ein kräftiges gesundes Gebiß zu schaffen. Die richtige Dosierung ist sehr schwer, und bei Ueberdosierung kann es leicht zu Schädigungen kommen. Vielfach ist man deshalb zur Kalktherapie übergegangen, die vollkommen unschädlich ist, da überschüssige Mengen von Kalk einfach ungenutzt wieder ausgeschieden werden.

Doch kann ein widerstandsfähiges Zahnsystem nur dann ausgebildet werden, wenn die Rachitisprophylaxe mit einer vernunftgemäßen Ernährung verknüpft ist. Geeignete Nahrung und richtiges Kauen vermögen die Zahnkonstitution zu verbessern und eine natürliche Zahnpflege herbeizuführen. Vorbedingung dazu ist die Reform der heutigen Ernährung, die Verwendung eines altbackenen Brotes aus dem ganzen Roggenkorn, dessen Vorkämpfer vor allem Kunert und Bornstein sind. Die Richtigkeit dieser Auffassung ist verschiedentlich erwiesen. Wimmenauer hat das an dem Sinken der Kariesfrequenz der während der Kriegsjahre geborenen Schuljugend gezeigt. Das Fehlen des Zuckers und das mechanisch reinigende Kalk- und mineralsalzreiche Kleiebrot haben dies bewirkt. Hopstein hat durch Verabreichung von Knäckebrot, einem sehr wasserarmen Vollkornflachbrot, eine Verbesserung der Eigenzahnpflege an 30% der Kinder feststellen können. Als einer der ersten hat Groeschel die Erkenntnis des

Einflusses der Nahrung auf das Gebiß in größerem Maßstabe ausgewertet. Er hat durch unablässige Aufklärung eine Umstellung der Ernährung im Sinne eines stärkeren Vitamin- und Erdsalzgehaltes erreicht. Schwangere erhielten neben genauen Eßvorschriften während der ganzen Dauer der Schwangerschaft und Stilltätigkeit Kalkpräparate. Die Kinder bekamen Kalk erst in Verbindung mit Lebertran, zuletzt auch mit Vigantol.

Die Erfolge blieben nicht aus. Die Zahl der ohne Behandlung gesunden Gebisse stieg, während sie in der nicht erfaßten Umgebung sank. Die Kariesintensität unter Einschluß des Milchgebisses ging von 4,4 im Jahre 1923 auf 1,75 im Jahre 1928 zurück.

Diese Beispiele erklären zur Genüge den Wert einer zweckmäßigen Nahrung, die in bestimmten Lebensperioden eine Unterstützung durch Darreichung von Vitamin- und Kalkpräparaten erfahren kann, für die Konstitution und Erhaltung der Zähne. Die Mutterschaftsfürsorge bietet die beste Gelegenheit zur wirksamen Verbreitung dieser Erkenntnis.

Auch für die nächste Lebensstufe, für das Kleinkind im Alter vom 2.—6. Jahre, ist die zahnärztliche Fürsorge von Bedeutung. In diese Zeit fällt die Verkalkung der Kronen der bleibenden Zähne, der Durchbruch der letzten Milchzähne und des ersten bleibenden Molaren. Die stärksten Auswirkungen der Rachitis zeigen sich in diesem Alter.

Beim Eintritt in die Schule hat die Karies schon beträchtlich um sich gegriffen. 80% (Wimmenauer) bis 84% (Jessen) aller Kinder besitzen zu diesem Zeitpunkt kranke Milchzähne. Die durchschnittliche Kariesintensität schätzt Jessen auf ungefähr 4 kranke Zähne je Kind. Nach klinischen Gesichtspunkten ist also die Erfassung der Kleinkinder durch die zahnärztliche Fürsorge unbedingte Notwendigkeit. Doch stellen sich dem große Hindernisse entgegen. Die Kosten sind beträchtlich wegen des hohen Prozentsatzes der Behandlungsbedürftigen und wegen des mehrfachen Zeitaufwandes, den die Behandlung der Kleinkinder erfordert. Die Behandlung selbst stellt erhebliche Ansprüche körperlicher und geistiger Art an den Zahnarzt. Vor allem die größte

Schwierigkeit liegt in der Erfassung der Kinder. Am besten geschieht sie durch die Schulzahnpflege. Die Aufforderung zu freiwilligem Erscheinen führt zu keinem nennenswerten Ergebnis. Die in Kindergärten, -bewahranstalten, Heimen oder Horten untergebrachten Kleinkinder können leicht der Schulzahnpflege zugeführt werden. Ihre Zahl ist nach Ansicht von Praeger für die Großstadt auf Grund 15% der Kleinkinder zu veranschlagen, was etwa 2% der Bevölkerung entspricht.

Eine andere Gelegenheit, wenigstens einen Teil der Kinder in die Schulzahnpflege einzubeziehen, bietet sich bei der schulärztlichen Untersuchung auf Schulreife im Jahre vor der Einschulung. Damit müßte man eine schulzahnärztliche Untersuchung verbinden, wie es Leipzig durchgeführt hat.

Wenn auch die Kleinkindbehandlung große Opfer verlangt, so muß man doch bedenken, daß jedes Kind, das mit gesundem Zahnsystem und bereits an zahnärztliche Behandlung gewöhnt, in die Schule kommt, eine Entlastung für die Schulzahnpflege bedeutet, besonders in finanzieller Hinsicht.

Nach Beendigung des 6. Lebensjahres beginnt die für die Entwicklung des Kindes so bedeutende Schulzeit.

Die Aufgabe der Schule ist mit der geistigen Erziehung der Kinder nicht erschöpft, sie umfaßt vielmehr auch die Sorge für das leibliche Wohl. Die körperliche Ertüchtigung wiederum erleichtert die Arbeit der Schule. Einen wesentlichen Anteil an dieser gesundheitsmäßigen Erziehung nimmt die Schulzahnpflege ein. Sie erfaßt die Kinder während der für das Zahnsystem ungeheuer wichtigen Zeit des Zahnwechsels. Dies geschieht im Rahmen der Schule, da nur hierdurch die Möglichkeit einer vollzähligen Erfassung der Kinder gegeben ist.

Die Errichtung der ersten deutschen Schulzahnklinik erfolgte auf Anregung von Jessen in Straßburg mit Unterstützung der Stadtverwaltung am 15. Okt. 1902. Auf Veranlassung von J. Misch unter Mitwirkung von Erich Schmidt und Kirchner entstand im Jahre 1909 das Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege

in den Schulen. In diesem Jahre zählte man in Deutschland 37 Schulzahnpflegestätten. 1913 war die Zahl bereits auf 81 angewachsen.

Der Verlust des Weltkrieges mit seinen schweren wirtschaftlichen Folgen ließ erkennen, daß auf dem bisherigen Weg das gesteckte Ziel nicht zu erreichen war. Kantorowicz stellte die Forderung nach Planmäßigkeit der Schulzahnpflege auf. Die Abwendung vom poliklinischen Betrieb und die Zuwendung zur planmäßigen Sanierung bedeutete einen großen Fortschritt. Bis zum Jahre 1928 war ein starker Aufschwung zu verzeichnen, zunächst in den Städten, dann vor allem auf dem Lande. Durch die Notverordnung vom 26. Juli 1931 ist die Errichtung von Schulzahnpflegestätten fast unmöglich geworden, da der Haushalt der Gemeinden auf der Ausgabenseite für die nächsten drei Jahre nicht erhöht werden darf. Neue Mittel für die Schulzahnpflege können nur dann bereitgestellt werden, wenn sich auf einem anderen Gebiet Ersparnisse machen lassen.

Die Hauptaufgabe der Schulzahnpflege besteht in der Bekämpfung der verbreitetsten Zahnkrankheit, der Zahnkaries und ihrer Ursache. 80—90% der Kinder sind beim Eintritt in die Schule mit Erkrankungen der Zähne behaftet. Von diesen sollen sie befreit und in der hergestellten Zahngesundheit durch die Schule geleitet werden, um sie dann mit gesunder Mundhöhle zu verlassen.

Die Ausführung der Schulzahnpflege erstreckt sich auf:

1. halbjährliche Untersuchung aller Kinder in der Schule;
2. gründliche Behandlung, nach Möglichkeit auch des Milchgebisses;
3. Verhütung neuer Schädigungen durch Erziehung zu Zahn- und Mundpflege und Aufklärung über richtige Ernährung.

Allgemein hat sich heute die Erkenntnis durchgesetzt, daß nur eine planmäßige Durchführung der Schulzahnpflege zum Erfolg führen kann. Kantorowicz hat als erster nicht nur die For-

derung aufgestellt, sämtliche Schulkinder zu erfassen, sondern auch wann und wie diese Kinder nach einem vorher genau festgesetzten Plane behandelt werden sollen. Seine leitenden Grundgedanken faßte er in die drastischen Worte: „Diese Maßnahmen basieren auf den banalen Sätzen, daß jede große Zahnhöhle einmal eine kleine war, und daß jede, noch so schwierige Zahnbehandlung wenige Monate oder Jahre vorher eine leichte Zahnbehandlung war." Die halbjährliche klassenweise Untersuchung sämtlicher Schulkinder soll zur Aufdeckung des kleinsten Kariesherdes dienen. Durch seine frühzeitige Beseitigung wird der Entstehung größerer Schäden vorgebeugt.

Die Frage, ob das Milchgebiß in die konservierende Behandlung mit einzubeziehen sei, wird noch verschieden bewertet. Anfangs wandte sich Kantorowicz aus praktischen Gründen sehr scharf dagegen, während man in Frankfurt früh dazu überging, alle erhaltungsfähigen Milchzähne zu behandeln. Die Einsicht dieser notwendigen Erfordernis setzt sich immer stärker durch, zumal erwiesen ist, daß auch von kranken Milchzähnen septische Prozesse ausgehen können.

Die Untersuchung muß unbedingt während der Schulstunden vorgenommen werden, da nur so alle Kinder erreichbar sind. Auch als zweckmäßigste Behandlungszeit gelten allgemein die Schulstunden. Nach der Meinung Kantorowicz's hängt die Möglichkeit, die Schuljugend vollzählig zu erfassen, gerade von dem psychologischen Moment ab, daß die Kinder den ihnen nicht angenehmen Besuch beim Zahnarzt dem noch unangenehmeren der Schule vorziehen. Er schreibt dazu: „Wir müssen den Kindern eben mehr bieten als die Schule. So viel Heiterkeit und Humor, so viel fröhliche Ausgelassenheit wie in unserer Schulzahnklinik herrscht eben nicht in der Schule, was übrigens kein Vorwurf sein soll, sondern im Wesen der Schule als Erziehungsanstalt begründet ist."

Zweifellos stellt die dadurch entstehende Schulversäumnis eine Beeinträchtigung des Schulbetriebes dar. Kein Lehrer, der es mit seiner Pflicht ernst nimmt, wird das gern sehen. In Frank-

furt hat man insofern eine Abhilfe geschaffen, daß man die Schüler der höheren Klassen an den unterrichtsfreien Nachmittagen zur Behandlung bestellt, denn bei den höheren Jahrgängen wirkt nach Ansicht der Lehrer eine Schulversäumnis störender. Die eigentlichen Schulstunden bleiben der Reihenuntersuchung aller und der Behandlung der jüngeren Schulkinder vorbehalten.

Die unvermeidlichen Störungen des Unterrichts nimmt der Lehrer gerne in Kauf, wo er doch sieht, welch große Erfolge die planmäßige Schulzahnpflege zu verzeichnen hat. So zeigt uns ein Blick in die zahlreichen Statistiken, daß am Ende eines Schuljahres meist 85% bis nahezu 100% aller Schulkinder als Dauerzahngesund angesehen werden können. Eine genauere Auswertung der einzelnen Ergebnisse ist sehr schwierig, da die Statistiken nicht überall nach gleichen Gesichtspunkten angefertigt werden und immer wieder Aenderungen erfahren.

Doch scheint der Höhepunkt der Schulzahnpflege bereits überschritten zu sein. Die Not der heutigen Zeit hat sich auch hier stark ausgewirkt. Es ist nicht nur zu einem Stillstand dieser Bewegung gekommen, sondern allenthalben sind die Städte gezwungen, Abbau und Einschränkungen vorzunehmen. Frenzel meint, gerade deshalb müsse man darauf bedacht sein, die Hauptarbeit auf kleinste Kariesschäden einzustellen, jedoch dem vorgeschrittenen Zahnverfall auszuweichen und ihn nach Möglichkeit der poliklinischen Notstandsarbeit zu überlassen.

Bei übermäßiger Einschränkung der Schulzahnpflege entstehen den Kommunen bezw. Krankenkassen weit größere Ausgaben, als wenn die Behandlung der Kinder von Wohlfahrtsempfängern und der versicherten Bevölkerung im Rahmen der Schulzahnpflege erfolgt. Um bei der Notwendigkeit eines Abbaues den richtigen Weg zu weisen, hat das Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen im vergangenen Jahr ein Notprogramm aufgestellt, das vom Reichsministerium des Innern übernommen und veröffentlicht wurde. Darin ist als Mindestmaß für die Schulzahnpflege folgendes festgelegt worden:

„1. Beratung der Eltern und Kinder über die Notwendigkeit der Zahnpflege von Jugend an.
2. Die mindestens halbjährliche Untersuchung aller Schulkinder durch den Schulzahnarzt.
3. Die sofortige Behandlung der vorgefundenen Schäden bei den vier unteren Schulklassen.

Gegenüber dem anerkannten System für die Durchführung der Schulzahnpflege bedeutet das eine Ersparnis durch den Ausfall von vier Klassen der älteren Kinder. Wir können diese erhebliche Einschränkung deswegen empfehlen, weil wir annehmen, daß durch die planmäßige Behandlung von vier Grundschulklassen, die periodische Untersuchung aller Schulkinder und die Aufklärung der Eltern über die Notwendigkeit der Zahnpflege bei ihren Kindern die Möglichkeit vorhanden ist, daß die Eltern von sich aus während der Notzeit für die den Grundschulklassen entwachsenen Kinder Sorge tragen."

Der bisherige Umfang der Schulzahnpflege führte im Kampf gegen die Karies zu einer Prophylaxe gegen Wurzelbehandlung und Extraktionen. Doch kann man darin die Aufgabe der Schulzahnpflege nicht erschöpft sehen. Die Prophylaxe muß schon früher einsetzen. Sie muß sich gegen die Volkskrankheit Karies selbst wenden. Durch richtige und zweckmäßige Ernährung ist für ein widerstandsfähiges Gebiß Sorge zu tragen, wie es schon früher beschrieben worden ist.

Einen weiteren wesentlichen Faktor in der Kariesverhütung stellt die Zahnpflege dar. Und gerade wieder die Schule bietet dabei die beste Möglichkeit, aufklärend, fördernd und anleitend zu wirken. Der berufene Gesundheitserzieher ist der Lehrer, da der durchschnittliche Schulzahnarzt nicht die pädagogische Fähigkeit besitzen dürfte und überdies mit anderen Aufgaben genügend belastet ist. Der Schulzahnarzt hat aber die Pflicht, dem Lehrer die nötigen Kenntnisse über Anatomie und Hygiene des Gebisses und über Ernährungsphysiologie zu vermitteln. Eine wertvolle Ergänzung entsteht dieser Arbeit durch die individuelle Aufklärung von seiten des Zahnarztes während der Berufsausübung.

Das hauptsächlichste Hilfsmittel der Zahnnpflege ist trotz aller Mängel die Zahnbürste. Neuere Untersuchungen belehren uns, daß ausschließlich der regelmäßige Gebrauch der Zahnbürste in Verbindung mit einem mechanisch reinigenden Mittel imstande ist, die an Retentionsstellen haftenden Speisereste zu entfernen, und gleichzeitig damit die Bakterienflora in der Mundhöhle durch Entzug ihres Nährbodens einzudämmen. Trotzdem sind wir in der häuslichen Zahnpflege noch weit zurück. Die Durchschnittszahl von über 50 Prozent ungenügend mit Zahnbürsten versorgten Kindern ist viel zu gering, wenn man nicht nach dem Besitz einer Zahnbürste, sondern nach der regelmäßigen Anwendung fragt. Doch zeigt die gegenwärtige Zunahme der Zahnbürstenherstellung trotz Darniederliegens der gesamten sonstigen Bürstenfabrikation, daß wir uns in dieser Beziehung auf einem aufsteigenden Wege befinden.

Neben der Belehrung ist auch die praktische Anleitung im Gebrauch von Zahnbürsten vonnöten. So hat u. a. Badenweiler auf Anregung Jessens hin in der Volksschule eine Zahnpflegestube errichtet. Nach Angabe der Schulleitung hat sie sich auch dann noch bewährt, als das gemeinsame Zähneputzen nicht mehr den Reiz der Neuheit besaß.

Weiter kann die Anfertigung von Aufsätzen zur Vertiefung der empfangenen gesundheitlichen Lehren beitragen. Darüber berichtet Benjamin in einer aufschlußreichen Arbeit. Einige Klassen schrieben ihre Eindrücke über schulärztliche und zahnärztliche Untersuchung nieder. Größtenteils vermerkten die Kinder auch die Notwendigkeit des täglichen Zähneputzens mit eigener Zahnbürste. Die Buntbilder über Körperhygiene und Zahnpflege dagegen hatten sie nicht beachtet. Daraus erhellt eindeutig der Zweck und Wert der persönlichen hygienischen Unterweisung.

Doch wird die Kinderbelehrung keinen befriedigenden Erfolg zeigen, wenn es nicht gelingt, die Arbeit der Schulzahnpflege durch Aufklärung und Gewinnung der Eltern für die Zahnpflege zu festigen.

Zwei große Organisationsformen der Schulzahnpflege stehen sich schroff gegenüber, das Bonner und das Mannheimer System. Das erste sieht sein Ideal in der Schulzahnklinik.

Das Mannheimer System dagegen besteht in einer Beteiligung der ortsansässigen Zahnärzte, die zur Mitarbeit in der Schulzahnpflege bereit sind. Diese übernehmen bei freier Zahnarztwahl als nebenamtliche Zahnärzte die Behandlung der Kinder in den eigenen Praxisräumen. Unter allen Umständen ist die zeitliche Trennung der Schulzahnbehandlung von der Behandlung Erwachsener durchzuführen. Eine Modifikation hat dieses System dadurch erfahren, daß die beteiligten Zahnärzte die Schulen unter sich in bestimmter Weise aufgeteilt haben und die Leistungen pauschal abgegolten werden.

Für dieses Mannnheimer System spricht die größere Anzahl der dabei beschäftigten Zahnärzte. Denn auf diese Weise können viele Zahnärzte aus dem umfangreichen Material der Schulkinderbehandlung Erfahrungen sammeln und dies kommt wieder der Allgemeinheit zugute. Die Kinder sollen nicht an die Schulzahnklinik, sondern an den Zahnarzt gewöhnt werden. Es soll sich zwischen dem Zahnarzt und seinem Schutzbefohlenen ein Vertrauensverhältnis herausbilden, das bei einer Schulzahnklinik zeitlich beschränkt ist. Dem Zahnarzt der freien Praxis dagegen ist die Möglichkeit gegeben, dem Kind auch nach Beendigung der Schulzeit ein treuer Berater zu sein.

Ein an der Behandlung nicht beteiligter Zahnarzt überprüft die Einhaltung der Richtlinien, wodurch die Einheitlichkeit der Behandlung gewährleistet wird, und führt den Verkehr mit den Behörden.

Auch für die Träger der Schulzahnpflege hat diese Organisationsform ihre Vorteile. Es entstehen ihnen keine Anschaffungskosten und Unterhaltungskosten einer Schulzahnpflegestätte, die Rücklegung von Pensionsbeiträgen kommt in Wegfall. Besonders günstig wirkt sich dieses Schulzahnpflegesystem auf dem Lande aus, unter der Voraussetzung, daß dies gleichmäßig und genügend dicht mit Zahnärzten besetzt ist. Dabei können die

Zahnärzte mit den ihnen ja gut bekannten Schulleitern und Lehrern in engere Fühlung treten, als es einem Zahnarzt in den verhältnismäßig großen Kreisen möglich ist. Mit der steigenden Besetzung des Landes mit Zahnärzten dürfte dieses Vertragszahnarztsystem noch mehr an Boden gewinnen.

Neben dieser Organisationsform der Schulzahnpflege steht das Bonner System, bei dem die Behandlung der Kinder in Schulzahnkliniken stattfindet. Die dabei tätigen Zahnärzte können haupt- oder nebenamtlich angestellt sein. Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen fordert Tholuck für den gewissermaßen als Gesundheitsbeamten tätigen leitenden Schulzahnarzt, der neben seiner beratenden und gutachtlichen Tätigkeit die letzte Kontrolle über die schulzahnärztliche Arbeit ausübt, die Hauptamtlichkeit. An Hand der Frankfurter Verhältnisse weist er nach, daß die Sanierungszahlen, die die haupt- und nebenamtlich tätigen Schulzahnärzte erzielt haben, sich gleichwertig gegenüberstehen. Die Entscheidung für die eine oder andere Form steht also offen.

Das System der Behandlung in einer Schulzahnklinik hat eine Reihe von Vorteilen. Die vollzählige Erfassung der Schulkinder gelingt leichter. Besonders bei Unterbringung der Behandlungsstätte im Schulhaus kann sich der Verkehr mit der Schule reibungsloser abwickeln. Tholuck gibt der Klinikbehandlung deshalb den Vorzug aus diesen Gesichtspunkten: „Die Verlockung, durch das Aufsuchen der Schulzahnklinik Schulzeit versäumen zu dürfen, die Bequemlichkeit, den Zahnarzt in der Schule zu haben, die unzweifelhafte Autorität der Schule, die der in der Schulzahnklinik tätige Berufsgenosse genießt, das sind Imponderabilien, die wir nicht vernachlässigen dürfen."

Infolge der verschiedenen örtlichen Verhältnisse haben sich wieder besondere Schulzahnkliniksysteme herausgebildet.

Die Zentralschulklinik soll sich in guter Verkehrslage befinden. Ihr Vorteil beruht darauf, daß nur eine Einrichtung und ein Raum beschafft und unterhalten werden muß. Nachteilig wirkt sich der oft weite Anmarsch in größeren Städten und be-

sonders auf dem Lande aus. Wichtig ist dabei, für einen geeigneten Warteraum zu sorgen, in dem die Kinder über einer Beschäftigung die bevorstehende Zahnbehandlung vergessen.

Die auffallenden Nachteile dieses Systems sollen durch Dezentralisation behoben werden. Dies ist auf verschiedene Arten geschehen.

Die dezentralisierte Schulzahnklinik. Ueber die ganze Stadt verteilt oder in verschiedenen Orten befinden sich feste Behandlungsstätten, in denen der Schulzahnarzt zu bestimmten Zeiten tätig ist. Die Vorzüge dieses Systems bestehen in der leichten Erfaßbarkeit der Kinder, der verhältnismäßig geringen Weg- und Wartezeit, wodurch auch der Unterricht nicht so empfindlich gestört wird. Die Nachteile sind begründet in den hohen ersten Anschaffungskosten und auf dem Lande in der häufigen Unmöglichkeit, den Schulzahnarzt bei Zahnschmerzen zu erreichen, wenn er in einer entfernten Gegend tätig ist. Doch überwiegen die Vorteile dieses Systems entschieden. Dies beweist die bedeutende Zunahme in den letzten Jahren. In den Vororten von Großstädten und in Kreisen mit verhältnismäßig großen Ortschaften hat es sich am besten bewährt.

Die fahrbare Schulzahnklinik. Früher diente zur Fortbewegung des als Behandlungsraum eingerichteten Wagens das Pferdegespann. An wenigen Stellen wird heute dazu der Traktor benutzt. Eine größere Verbreitung hat die Kraftwagenklinik erfahren. Das erste Schulzahnauto nahm der Landkreis Bonn in Betrieb. Bei einmaliger, allerdings kostspieliger Anschaffung kann an jedem Ort zu jeder Zeit ein gut ausgestatteter Behandlungsraum bereitgestellt werden. Das bedeutet einen ungeheueren Vorteil. Allerdings ist die Verwendung des schweren Wagens an feste Landstraßen gebunden. Weitere Nachteile liegen in den hohen Anschaffungs- und Unterhaltungskosten.

Das Transportauto. Das ist gewöhnlich ein Kleinauto, bei dem das Instrumentarium in einem Brückenkoffer untergebracht ist. Die Gesamteinrichtung kann in 20—30 Minuten von der Helferin aufgebaut werden. Die Anschaffungskosten sind bei diesem

System geringer als beim vorigen. Der Wagen kann auch auf schlechten Landwegen benutzt werden.

Das tranportable Instrumentarium. Sein Gewicht ist so durch sinnvolle Anordnung und möglichste Beschränkung herabgemindert, daß es zur Not sogar durch Menschenkraft in die Schule gebracht werden kann. Ihm kommt vor allem der Vorteil der Billigkeit zu und der Verwendbarkeit unter allen Verkehrsverhältnissen. Seine große Einfachheit muß freilich die Schulzahnpflege etwas beengen.

Schon aus der Beschreibung geht hervor, daß jedes System an bestimmte örtliche Verhältnisse gebunden ist. Oft wirkt sich eine Verbindung zweier Organisationsformen sehr günstig aus. So hat Hopstein in Schwarzenberg die Vorteile der schnellen Beweglichkeit der ambulanten Behandlungsmethode mit den Vorzügen der Zentralschulzahnklinik zu vereinigen gewußt.

Diese Systeme haben sich im Laufe der Zeit so herausgebildet, daß die Schulzahnpflege heute kein organisatorisches, sondern infolge der veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse im wesentlichen ein wirtschaftliches Problem geworden ist. Als Kostenträger der Schulzahnpflege kommen in Frage der Staat, die Gemeinden bezw. der Kreis, die Träger der Sozialversicherung und die Eltern.

Obwohl dem Staat jede Hebung der Volksgesundheit durch die damit verbundene Erhöhung der Arbeitsfähigkeit seiner Bewohner zugute kommt, so scheidet er doch gegenwärtig als Geldgeber in größerem Umfange aus, da er gesetzlich nicht dazu verpflichtet und mit wichtigeren Aufgaben überlastet ist.

Die Gemeinden sind auf Grund der Selbstverwaltung die eigentlichen Kostenträger der Schulzahnpflege. Als freiwillige Leistung der Wohlfahrtspflege haben sie diese auf sich genommen. Für kleine zersplitterte, leistungsschwache Gemeinden tritt der Kreis ein. Eine rechtliche Verpflichtung zur Ausübung der Schulzahnpflege besteht nicht. Nur die Kinder der Fürsorgeberechtigten haben Anspruch auf Krankenhilfe. Doch wird die

Schulzahnpflege vielfach rechtlich als Maßnahme der Krankheitsverhütung aufgefaßt. Insofern ist auch ihre Behandlung eine freiwillige Leistung der Kommunen.

Als Träger der Sozialversicherung kommen die Krankenkassen und die Landesversicherungsanstalten in Betracht. Die ersteren sind zwar nicht durch Gesetz zur Unterstützung der Schulzahnpflege gezwungen. Doch liegt es in ihrem eigenen Interesse, wenn die ins Erwerbsleben eintretenden Schulentlassenen, die zum großen Teil ihre Mitglieder werden, ein gesundes Gebiß mitbringen. Diese vorbeugende Maßnahme bedingt einen geringeren Kostenaufwand, als wenn die Kasse ausgiebig Wurzelbehandlungen vornehmen und nach frühzeitig nötigen Zahnentfernungen Mittel für Zahnersatz bereitstellen muß. Hingegen ist es eine besondere Aufgabe der Landesversicherungsanstalten, durch vorbeugende Maßnahmen den Eintritt der Invalidität zu verhindern oder wenigstens den Zeitpunkt möglichst weit hinauszuschieben. Das Reichsversicherungsamt hat auch ausdrücklich in mehreren Erlassen den Vorständen der Landesversicherungsanstalten die Unterstützung der Schulzahnpflege empfohlen.

Weiter können die Eltern, die rechtlich und moralisch verpflichtet sind, für die Gesundheit ihrer Kinder zu sorgen, für Kostenaufbringung mit herangezogen werden. In einigen Fällen wird deshalb eine geringe Pauschalsumme erhoben. Großenteils lehnt man dies jedoch ab, da nur die wirtschaftlich bessergestellten Kreise herangezogen werden können, deren Kinder aber nicht in die Schulzahnpflege gehören.

Der Umfang der Schichten, die in die Schulzahnpflege einbezogen werden sollen, wird sehr verschieden bemessen. Aus sozial-hygienischen Gründen muß die Ausdehnung der Schulzahnpflege auf alle Schulgattungen gefordert werden. Denn in den höheren Lehranstalten finden sich verhältnismäßig kaum weniger zahnkranke Kinder als in den Volksschulen. Die dauernde Ueberwachung sämtlicher Kinder ist Grundbedingung. Dagegen sollen nur Kinder von solchen Eltern behandelt werden, die tatsächlich aus eigenen Kräften für deren Gesundheit nicht

sorgen können. Den bemittelten Eltern wird nahegelegt, die Behandlung ihrer Kinder durch den Hauszahnarzt vornehmen zu lassen. Dadurch wird gleichzeitig eine Schädigung der Privatpraxis vermieden.

Eine systematische zahnärztliche Ueberwachung der schulentlassenen Jugend bis zum Abschluß der Berufsschule wird immer mehr gefordert. Doch dürfen die Schulzahnärzte nur eine Prüfung und Ueberwachung vornehmen. Die Beseitigung der Schäden, die das Zahnsystem getroffen haben, darf nur durch Organe der Sozialversicherung ausgeführt werden, der diese Jugendlichen unterliegen. Mit dem Abschluß ihrer Ausbildung sind sie der Schulzahnpflege entwachsen und werden somit nicht mehr von der zahnärztlichen Fürsorge erfaßt.

Die ungeheuere Wirtschaftskrise, die heute auf der Welt und besonders auf unserem Vaterlande lastet, hat viele arbeitsfähige und arbeitswillige Menschen aus dem Produktionsprozeß ausgeschieden. Dadurch wird die in der heutigen Notzeit schon große Zahl der unter die Fürsorgepflichtverordnung fallenden, von den Gemeinden unterstützten Menschen noch um das Heer der Erwerbslosen vermehrt.

Die Masse der Fürsorgeberechtigten muß auch ärztlich und zahnärztlich versorgt werden. Zwar verursacht die zahnärztliche Versorgung nur einen kleinen Teil der Kosten, doch zwingt die gespannte Finanzlage die Gemeinden zu äußerster Einschränkung. Dadurch erwächst dem Zaharzt, der Wohlfahrtsempfänger betreut, eine schwierige Aufgabe. Er muß mit seinen gutgemeinten Heilvorschlägen in der Sprechstunde äußerst sparsam umgehen und die häufig hochgespannten Wünsche seiner Kranken auf ein verständiges Maß herabdrücken. Er darf die Begehrlichkeitspsychose vieler Antragsteller nicht außer Acht lassen, die da glauben, die Zeit ihrer Erwerbslosigkeit ausnützen zu müssen und nun, da die Gemeinden dazu verpflichtet seien, irgendwelche Schäden am Zahnsystem beheben zu lassen. Auf der anderen Seite muß der Zahnarzt berechtigte Forderungen erkennen und

für Gewährung der dringlichsten Behandlungen beim Wohlfahrtsamt eintreten. Es ist freilich schmerzlich, wenn man nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechend in vollem Umfang helfend eingreifen kann, aber der Ernst der Zeit greift eben tief hemmend in unser bestes Wollen ein. Einheitliche Richtlinien fehlen auf diesem Gebiet vollkommen.

Doch soll versucht werden, einen Ueberblick über die Leistungen zu geben, die das Wohlfahrtsamt unbedingt gewähren muß.

1. Der Dringlichkeitsfall. Die Dringlichkeit ist gegeben bei starkem Schmerz oder durch eine augenblickliche Gefahr für die allgemeine Gesundheit des Organismus. Der Zahnarzt ist verpflichtet, seine Maßnahmen auf das sofort Notwendige zu beschränken. Gleich nach der Behandlung muß dem Fürsorgeträger Bericht vorgelegt und seine Entscheidung über etwa noch nötige Behandlung abgewartet werden.

2. Der chirurgische Eingriff. Eine zur Abwendung eines bestehenden Leidens notwendige chirurgische Maßnahme wird selbstverständlich gewährt. Wenn aber der Eingriff zur Erhaltung eines Zahnes dient, so ist die Zweckmäßigkeit im Rahmen der Fürsorge fraglich. Eine Wurzelspitzenresektion z. B. kann in einem prothesenfreien Mund gestattet werden, wenn die Entfernung eines Frontzahnes und die dadurch bedingte Entstellung vermieden wird.

3. Die konservierende Maßnahme. Wie weit sich die konservierende Hilfe zu erstrecken hat, kann der Zahnarzt im Einzelfall entscheiden. Es bleibt seinem ärztlichen Feingefühl überlassen, die höchstgespannte ökonomische Therapie zu finden.

4. Der Zahnersatz. Die umstrittendste Frage in der zahnärztlichen Fürsorge bildet die Gewährung von Zahnersatz. Dazu hat das preußische Oberverwaltungsgericht am 29. Januar 1932 eine Entscheidung von grundsätzlicher Bedeutung gefällt. Es hat den Rechtsgrundsatz aufgestellt: „Die Gewährung von Zahnersatz an einen Hilfsbedürftigen kann die fürsorgerechtlich gegebene Form der Gewährung von Krankenhilfe oder Hilfe zur Wieder-

herstellung der Arbeitsfähigkeit und damit Fürsorgeaufgabe sein." Grundsätzlich hat also jeder Fürsorgeberechtigte im Bedarfsfalle Anspruch auf Zahnersatz. Die Begutachtung des einzelnen Falles obliegt in den Städten dem Stadtarzt und Vertrauenszahnarzt oder einem von beiden. Wimmenauer stellt dafür folgende Richtlinien auf, die in Kürze wiedergegeben seien:

1. Bei Reparatur oder Erneuerung bereits vorhandener Prothesen ist eine Befürwortung des Antrags auf Bewilligung stets am Platze.

2. Werden Anträge erstmalig gestellt, so ist folgendes zu berücksichtigen:

a) der Grad der gestörten Gebißfunktion. Wünsche auf Ersatz der Frontzähne aus kosmetischen Gründen sind nur ausnahmsweise zu genehmigen, wenn z. B. die Entstellung den Beruf gefährdet. Ist jedoch die Kaufähigkeit empfindlich gestört, so sollen die Anträge befürwortet werden.

b) die Dauer der gestörten Bißfunktion.

c) der allgemeine Gesundheits- und Ernährungszustand der Antragsteller, namentlich bei Lungentuberkulose und Krankheiten der Verdauungsorgane.

d) das Alter der Antragsteller. Dies soll nur in Verbindung mit dem übrigen Befund bewertet werden.

Immer weiter wurden die Bestimmungen der einzelnen Städte verschärft. In Berlin wird seit 1929 konservierende Behandlung nur noch zugelassen, wenn sie zur Beseitigung bestehender Schmerzen unumgänglich ist. Zahnersatz soll nur dann noch zugestanden werden, wenn die Ausheilung eines Leidens ohne Anfertigung einer Prothese nicht denkbar ist. Schließlich schränkte man noch so weit ein, daß nur noch in sogenannten produktiven Fällen die Anfertigung von Zahnersatz erfolgen darf, d. h. nur für solche Personen, bei denen man erwarten darf, daß sie bei ihrer Heilung wieder voll erwerbsfähig werden können. Da aber infolge der allgemeinen Arbeitslosigkeit diese Menschen doch meist ohne Beschäftigung bleiben und fernerhin der Stadt zur Last fal-

len, so hat man noch weitere Einschränkungen in Gewährung von Zahnersatz getroffen. Viele dieser Maßnahmen haben eine spätere stärkere Belastung im Gefolge. Sie werden nur vorgenommen, um eine augenblickliche Entlastung zu erzielen. So sieht man mit Bedauern, daß die medizinische Indikation durch finanzielle Gesichtspunkte vollkommen in den Hintergrund gedrängt wird.

Für die zahnärztliche Versorgung der Fürsorgeberechtigten gibt es die verschiedensten Systeme. Viele Städte, die Schulzahnkliniken besitzen, haben die Behandlung ihrer Wohlfahrtsempfänger den Schulzahnärzten übertragen. Durch diesen unglücklichen Schritt wird die Schulzahnpflege gefährdet und eingeschränkt. So hat die Stadt Berlin in ihrem Gesundheitsprogramm für 1932 festgelegt, daß als Notmaßnahme vorübergehend die Sanierung des obersten Jahrganges der Volksschulen eingestellt werden soll. Die freiwerdende Zeit wird für die Versorgung der Wohlfahrtspatienten verwendet. Darunter muß auch die Versorgung der übrigen Klassen leiden, da die hinzukommende große Anzahl der Wohlfahrtspatienten an den beamteten Zahnarzt übermäßige Ansprüche stellt. Manchem Kranken wird der Weg für die entfernt gelegene Klinik große Beschwerden bereiten. Denn bei den Hilfsbedürftigen handelt es sich oft um Altersschwache, Kriegsbeschädigte usw. Die Schulzahnkliniken werden dem wachsenden Ansturm der Wohlfahrtspatienten unmöglich gewachsen sein. Auf der anderen Seite fristet der Zahnarzt der freien Praxis in leeren Praxisräumen ärmlich sein Leben.

Gerechterweise haben die Kommunen verschiedentlich die Wohlfahrtspatienten den frei praktizierenden Zahnärzten zugewiesen. In anderen Gemeinden findet man eine völlig unsinnige Aufteilung, z. B. so, daß die konservierenden Leistungen von einigen bestimmten Zahnärzten ausgeführt werden dürfen, während prothetische und chirurgische Fälle nur in der Schulzahnklinik behandelt werden. In anderen Orten bestimmt der Schulzahnarzt den Behandlungsplan, wie ihn der frei praktizierende Zahnarzt ausführen muß. Ferner haben da und dort zahnärzt-

liche Universitätsinstitute die Behandlung übernommen, allein oder in unübersichtlicher Verteilung mit freien Zahnärzten. Hier will man viele, dort wieder möglichst wenig Zahnärzte zur Behandlung der Wohlfahrtspatienten zulassen.

Diese kurzen Andeutungen führen uns ein Bild von Uneinheitlichkeit und Unzweckmäßigkeit vor Augen. Unbedingt muß hier bald eine klare und einheitliche organisatorische Linie gefunden werden.

Es mehren sich die Stimmen, die einen Kommunalzahnarzt fordern, der ebenso in die Gesundheitsfürsorge gehört wie der Arzt. Besonders Schwarz und Dickmann sind die Vorkämpfer dieses Gedankens und haben das Tätigkeitsgebiet eines Kommunalzahnarztes genauer umschrieben. Es ist wesentlich größer als das im vorigen aufgezeigte der zahnärztlichen Fürsorge. Es umfaßt den zahnärztlichen Teil im gesamten kommunalen Gesundheitswesen. Kein Teilgebiet des Gesundheitsdienstes kann die Ergänzung durch einen zahnärztlichen Berater länger entbehren. Nur insoweit soll der Kommunalarzt praktisch tätig sein, daß er den wissenschaftlichen und praktischen Zusammenhang mit seinem Gebiet nicht verliert.

Die Behandlung der großen Masse der Wohlfahrtspatienten gehört in die freie Praxis. Die organisierte Zahnärzteschaft hat in langer Tätigkeit reichlich Erfahrung in der Behandlung der breiten Massen sammeln können. Salomon schreibt zur Behandlung der Wohlfahrtspatienten: „Der Apparat zur Aufnahme der Versorgung ist vorhanden, und braucht nicht erst neu geschaffen zu werden. Die Sprechstellen der Zahnärzte stehen gleichfalls mit allem Hilfspersonal und Hilfsgerät bereit. . . . Der frei praktizierende Zahnarzt erhält nur die tatsächliche Leistung vergütet. Das Risiko des Beschäftigungsgrades mit seinen konjunkturellen Schwankungen hat er persönlich zu tragen.“ Auf diese Weise ist den Kommunen eine tragbare Form gegeben, für eine würdige Hilfe der Wohlfahrtsempfänger zu sorgen. Durch Schaffung von Kollektivverträgen wäre auch gleichzeitig für den zahnärztlichen Berufsstand gesorgt.

Man kann nur hoffen, daß eine baldige Besserung der allgemeinen Wirtschaftslage den Gemeinden die Möglichkeit gibt, die zahnärztliche Fürsorge weiter auszubauen und so den Fürsorgeberechtigten in vollem Umfang Hilfe zuteil werden zu lassen.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Blessing für die Ueberlassung des Themas und die wertvollen Anregungen bei der Bearbeitung zu danken.

Literaturverzeichnis.

Ahlert, K.: Für und wider Bonn. in Dt.Z.Wo. 1931, Nr. 14.

Baer: Fürsorgeberechtigte haben grundsätzlich Anspruch auf Zahnersatz. Z.M. 1932, Nr. 15.

Benjamin, G.: Schulkinder über schulärztliche Untersuchungen. Z. f. Schulgesundheitspfl. u. Sozialhyg. 1929, Nr. 12.

Bonjour: Methoden der Schulzahnpflege. Schweizer Monatsschr. f. Zahnheilk. 1929, Nr. 1.

Cohn, A.: Die Zahnheilkunde in der öffentlichen Gesundheitspflege. Leipzig 1926.

Dickmann, E.: Der Zahnarzt in Gesundheitsfürsorge und Gewerbeaufsicht. Z.M. 1930, Nr. 37.

Feierstein: Richtlinien der Schulzahnpflege. Z.M. 1929, Nr. 30.

Frenzel, A.: Die Begutachtung in der kommunalen Wohlfahrtspflege. Z.M. 1932, Nr. 15.

— Die Mitarbeit des Zahnarztes in der kommunalen Fürsorge. Z.M. 1931, Nr. 8.

Gebhardt: Medizinische und finanzielle Indikation bei der Zahnersatzgewährung auf Grund der Fürsorgepflichtverordnung. Z.M. 1932, Nr. 2.

Groeschel, K.: Kariesbekämpfung auf Umwegen. Z.R. 1928, Nr. 47.

Hopstein, F. W.: Verhütung und Bekämpfung von Zahn- und Mundkrankheiten durch sozialhygienische Vorsorge. Schwarzenberg 1931.

— Die Behebung der Kaufaulheit durch Knäckebrotspeisung in der Schulzahnpflege. Schulzahnpflege 1931, Nr. 8.

Jessen: Zahn- und Körperpflege in der Volksschule Badenweiler. Schulz. 1928, Nr. 12.

Kantorowicz, A.: Psychologische Vorbedingungen für die Festsetzung der schulärztlichen Behandlungszeit. Z.R. 1927, Nr. 35.

Kientopf, E.: Die Auswirkungen der Notverordnung auf die Schulzahnpflege. Schulz. 1932, Nr. 6.

Kunert: Ernährung und Gebiß. Z.R. 1930, Nr. 22.

Misch: Zahnärztlich-soziale Hygiene in Misch, Fortschritte der Zahnheilkunde. 1926—31.

Praeger: Das Gebiß des Kleinkindes und seine Beziehungen zur öffentlichen Gesundheitspflege. Dt.Z.Wo. 1927, Nr. 24.

Pranschke, H.: Kommunale und Kreisschulzahnpflege. Z. f. Schulges. u. soz. Hyg. 1929, Nr. 10.

Salomon: Wohlfahrtserwerbslose und kommunale Fürsorge. Z.M. 1932, Nr. 16.
— Grundsätze für die Beurteilung von Anträgen auf Zahnersatz in Ausführung der Fürsorgepflichtverordnung. Z.M. 1932, Nr. 4.
— Notprogramm für die Schulzahnpflege. Z.M. 1931, Nr. 50.
Schüler, A.: Die Kalktherapie im allgemeinen und in der Zahnheilkunde im besonderen. Z.R. 1932, Nr. 23.
Schumacher, W.: Bemerkungen zur Einheitsstatistik der planmäßig arbeitenden Schulzahnpflegestätten. Schulz. 1931, Nr. 6..
Schwarz, E.: Das zahnärztliche Gesundheitswesen als Aufgabe der kommunalen Gesundheitspolitik. Arch. f. soz. Hyg. 1931, S. 105.
— Gesundheitslehre und Erziehung in der Schule im Rahmen der Schulzahnpflege. Schulz. 1927, Nr. 8.
— Der Kommunalzahnarzt. Z.M. 1931, Nr. 11.
Sichler: 53% Kinder ungenügend mit Zahnbürsten versorgt. Gesundheitsdienst 1930, 11.
Stein: Schulzahnärztliche Voruntersuchung für die Schulanfänger 1931. Schulz. 1930, Nr. 7.
Tholuck: Die Schulzahnpflege in Misch, Fortschr. d. Zahnh. 1925—31.
Wimmenauer: Ernährungsreform der Schulzahnpflege. Z. f. Gesundh. u. soz. Hyg. 1929, Nr. 14.
Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1927.
Reichsgesetzblatt I, 1924, Nr. 12.
Schulzahnpflege 1928—31, 1932, Nr. 1—6.
Zahnärztliche Mitteilungen 1928—31, 1932, 1—27.

Lebenslauf.

Geboren bin ich, Wolfgang Glückert, am 30. September 1909 zu Worms am Rhein als Sohn des damaligen Amtsrichters Johannes Glückert und dessen Ehefrau Eva geb. Heerdt. Von Ostern 1916 an besuchte ich die Vorschule und das Gymnasium in Heidelberg bis Februar 1921, dann das Realgymnasium I in Mannheim, wo ich Ostern 1928 das Reifezeugnis erhielt. An der Universität Heidelberg verbrachte ich die vorklinischen Semester des Studiums der Zahnheilkunde und legte dort im März 1930 die zahnärztliche Vorprüfung ab. Hierauf studierte ich an den Universitäten Bonn, Hamburg und Würzburg. An der letzten bestand ich im Mai 1932 die zahnärztliche Staatsprüfung. Zur Zeit bin ich noch an der Universität Heidelberg immatrikuliert.

Heidelberg, im August 1932.